

Министерство образования Республики Беларусь
УО «Полесский государственный университет»

Е.Е. Лебедь-Великанова

**Методические рекомендации по проведению
практических занятий по дисциплине
«Эрготерапевтические средства»**

для студентов специальности
1-88 01 03-02 «Физическая реабилитация и эрготерапия
(эрготерапия)»

Пинск
ПолесГУ
2014

УДК 615.8(072)
ББК 51.1(2)2я73
ЛЗЗ

Р е ц е н з е н т ы:

кандидат педагогических наук И.Е. Анпилогов;
кандидат педагогических наук, доцент О.В. Лимаренко

У т в е р ж д е н о

научно-методическим советом ПолесГУ

Лебедь-Великанова, Е.Е.

ЛЗЗ Методические рекомендации по проведению практических занятий по дисциплине «Эрготерапевтические средства»: / Е.Е. Лебедь-Великанова – Пинск: ПолесГУ, 2014. – 32с.

ISBN 978-985-516-346-7

В методических рекомендациях раскрываются такие вопросы, как история возникновения эрготерапии, понятие о методе эрготерапии и этапах эрготерапевтического вмешательства. Представлены наиболее значимые темы практических занятий по дисциплине «Эрготерапевтические средства», в частности: виды упражнений, направленных на тренировку мелкой моторики и развития функции кисти; краткий обзор эрготерапевтических методик, применяемых в работе со взрослыми и детьми, имеющими ограниченные возможности; трудотерапия и ее разновидности в работе с людьми с ограниченными возможностями.

Пособие для студентов специальности 1-88 01 03-02 «Физическая реабилитация и эрготерапия (эрготерапия)» содержит следующие разделы: содержание, введение, практические занятия, тестовый контроль, список использованных источников.

УДК 615.8(072)
ББК 51.1(2)2я73

ISBN 978-985-516-346-7

© УО «Полесский государственный университет», 2014

Содержание

Введение	4
Практическое занятие 1. Виды упражнений, направленных на тренировку мелкой моторики и развитие функции кисти	7
Практическое занятие 2. Краткий обзор эрготерапевтических методик, применяемых в работе со взрослыми и детьми, имеющими ограниченные возможности	11
Практическое занятие 3. Трудотерапия и ее разновидности в работе с людьми с ограниченными возможностями	21
Тестовый контроль	28
Список использованных источников	31

ВВЕДЕНИЕ

Термин «эрготерапия» имеет греческие корни. Дословно переводится следующим образом: «эрго» – делать, действовать, работать; «терапия» – лечить, ухаживать, сопровождать.

Эрготерапия как профессия была выделена в XX веке. Хотя терапевтическое использование деятельности и движений было оценено с расцветом цивилизации. Однако большинство авторов соглашается, что эта профессия внедрена в область психиатрии в конце XVIII–XIX вв.

В 1917 году было основано «Американское Национальное общество содействия развитию эрготерапии».

В 1999 году в Санкт-Петербургской государственной академии им. Мечникова под эгидой шведской Ассоциации эрготерапевтов введена программа обучения российских врачей этой специальности.

Специальность начала формироваться после Второй мировой войны, когда общество столкнулось с проблемой массовой инвалидизации людей работоспособного возраста и необходимостью их реабилитации.

Эрготерапия – означает терапию по средствам занятий, направленных на восстановление или компенсацию утраченных функций и независимости у лиц, которые в силу своего здоровья не могут осуществлять уход за собой, заниматься продуктивной деятельностью и проводить свой досуг. Она базируется на медицинском и социально-научном фундаменте, исследует проблемы преодоления последствий болезней и относится к общему комплексу реабилитации. Эрготерапия рекомендована для людей любых возрастов, которые имеют двигательные, когнитивные, сенсомоторные нарушения, нарушения восприятия или психосоциальные проблемы.

Отличительной чертой эрготерапии является ее междисциплинарность. Она использует знания нескольких специальностей – педагогики, психологии, социальной педагогики, биомеханики, физической терапии. Эрготерапия основывается на научно доказанных фактах, что целенаправлен-

ная, имеющая для человека смысл активность (деятельность) помогает улучшить его функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когнитивные, психические). В эрготерапии термин «занятость» относится не только к работе или трудотерапии. Он характеризует различные виды деятельности, которые встречаются в жизни каждого человека и придают ей смысл. К ним относятся:

- активность в повседневной жизни;
- активность в работе и продуктивной деятельности;
- активность в игре, отдыхе и увлечениях.

Процесс эрготерапии:

Эрготерапия – это процесс сотрудничества с клиентом и его семьей, которое включает оценку, постановку целей, проведение программы вмешательства.

Эрготерапевт оценивает следующее (оценка проводится с помощью специальных тестов, шкал, наблюдений и т. д.):

- нарушения, проблемы и возможности (сильные стороны) клиента;
- физическое и социальное окружение клиента дома и вне дома;
- влияние вышеперечисленных факторов на активность в повседневной жизни.

Планирование целей вмешательства проводится клиентом совместно с эрготерапевтом, который может оценить возможности достижения целей и оказать помощь при определении этапов работы. Таким образом, клиент заинтересован в достижении поставленных целей, он является активным участником терапии. Повторная оценка проводится для получения информации о достижении намеченных целей, а также для оценки изменений, которые произошли в процессе проведенного вмешательства.

Цели эрготерапии:

- выявить имеющиеся нарушения, восстановить либо развить функциональные возможности человека, которые необходимы в повседневной жизни;

– помочь человеку с ограниченными возможностями стать максимально независимым в повседневной жизни путем восстановления (развития) утраченных функций, использования специальных приспособлений, а также адаптации к условиям окружающей среды;

– создать оптимальные условия для развития и самореализации человека с ограниченными возможностями через его «занятость» в различных сферах жизнедеятельности и, в конечном счете, улучшить его качество жизни.

Область применения эрготерапии:

– в клиниках и больницах в отделениях ортопедии и травматологии, онкологии, неврологии, гериатрии, педиатрии, детской и юношеской психиатрии;

– в учреждениях для детей с ограничениями: специальные школы, детские сады, интегрированные группы, детские дома;

– в учреждениях медицинской реабилитации.

Виды помощи:

– тренировка навыков повседневной жизни;
– подбор и адаптация вспомогательных средств и приспособлений;

– проведение развивающих и терапевтических занятий;

– трудотерапия;

– занятия различными видами творчества.

Практическое занятие 1.

Виды упражнений, направленных на тренировку мелкой моторики и развитие функции кисти

Задачи:

1. Изучить условия проведения упражнений для тренировки мелкой моторики и развитие функции кисти;
2. Разучить основные виды упражнений, направленных на тренировку мелкой моторики.

Патология кисти занимает особое место среди прочих травм опорно-двигательного аппарата в связи с важнейшей ролью верхней конечности в бытовой и производственной деятельности человека.

Условия проведения упражнений для тренировки мелкой моторики

Все упражнения больной выполняет с помощью инструктора-методиста по эрготерапии, который должен внимательно следить за проявлением активных движений в пальцах, чтобы больной мог сам хотя бы в небольшом объеме выполнять эти упражнения. Акцент делается на сознательном использовании пораженной руки и бимануальной активности. Даже больная рука должна вовлекаться в сознательную деятельность. На самых ранних этапах восстановления пораженная рука используется в качестве пассивного стабилизатора предмета. Для облегчения билатеральных движений рук, больному предлагается складывать кисти в замок (большой палец пораженной кисти над большим пальцем здоровой руки).

Исходное положение: сидя – верхняя конечность находится на опоре до локтевого сустава. В положении сидя требуется абсолютная симметричность относительно центральной оси. Угол в суставах нижних конечностей составляет 90 градусов.

1. Кисти в замок: движение влево и вправо по 10–12 раз.

2. Повороты кистей, сжатие в замок, влево и вправо по 10–12 раз.
3. Выворачивание кистей, сжатие в замок ладонями наружу 8–10 раз.
4. Сжатие кистей в кулаки в медленном темпе по 10–12 раз.
5. Отведение и приведение большого пальца каждой руки 10–12 раз.
6. Отведение и приведение остальных четырех пальцев 10–12 раз.
7. Сгибание и разгибание рук в луче – запястном суставе 8–10 раз.
8. Сгибание и разгибание пальцев в средних и пальцевых фалангах по 6–8 раз.
9. Сгибание и разгибание каждого пальца в средних и концевых фалангах по 6–8 раз.
10. Сопоставление всех пальцев с большим пальцем (щепотка) по 8–10 раз.
11. Сопоставление каждого пальца с большим пальцем по 4–6 раз.
12. Сопоставление ладоней и пальцев больной руки с ладонями и пальцами методиста и нажатие сопоставленных кистей друг на друга по 6–8 раз.
13. Пожатие рук друг другу 4–6 раз.
14. Сжатие кистей в кулак, большой палец между указательным и средним, затем между средним и безымянным, и между безымянным и мизинцем по 2–3 раза каждого движения.
15. Сопоставление кистей больного друг с другом и нажатие сначала основаниями ладоней друг на друга, затем пальцами.
16. Руки на столе: приподнимаем пальцы больной руки от поверхности стола.
17. Рука на скользящей на колесиках плоскости – движение руки влево-вправо.

18. То же – движения рукой при помощи здоровой руки или при помощи методиста.

19. Ладони и предплечья на столе – супинация и пронация предплечья здоровой руки.

20. На столе кисть больной руки на здоровой – разгибание кисти здоровой рукой.

21. Ладони и предплечья на столе – поочередное сведение и разведение пальцев.

22. Кисть свешивается со стола – здоровой рукой сгибание и разгибание кисти.

23. Сидя, предплечья на столе – разведение пальцев с последующим сжиманием в кулак.

24. Сидя – ритмичные частые напряжения (30–50) в изометрическом режиме.

25. Кисть на мяче – вращение пальцами мяча по ходу и против хода часовой стрелки.

26. Локти на столе, кисти соединены – попеременное сгибание и разгибание кистей.

27. Мяч на столе между ладоней – попеременное катание мяча на себя и от себя.

28. Предплечье, кисти на столе – поочередное поднятие и опускание предплечий при неподвижных кистях (здоровой рукой, рукой инструктора или посылка импульсов).

29. Предплечья на столе – последовательно захватывать пальцами полотенце.

30. Предплечье на бедре, кисть свисает – надавливать на кисть здоровой рукой.

31. Стоя, рука опущена – вращение кистью вовнутрь и наружу при фиксации локтя.

32. То же – супинация и пронация предплечья (можно с помощью инструктора).

33. Сидя – катание кистью теннисного мяча по столу слева направо и обратно.

34. Сидя, предплечья на столе – двигательное напряжение мышц 2–3 сек и более.

35. Легкие ритмичные маховые движения, потряхивание, потягивание, свободное падение руки.

36. Руки вдоль тела в положении пронации. Активно-пассивные сгибания пальцев при скольжении их по поверхности.

37. Пальцы разведены. Круговые движения каждым пальцем в отдельности.

38. Руки вдоль тела в положении пронации. Поочередное поднятие каждого пальца.

39. То же с движениями поднятого пальца в стороны.

40. Отведение – приведение большого пальца.

41. Кисть сжата в кулак. Разгибание и сгибание каждого пальца отдельно.

42. Большой палец приведен к ладони: одновременно сгибание четырех пальцев и отведение большого пальца.

43. Кисть на столе ладонью вниз: отведение и приведение 1 и 5 пальцев.

44. То же положение: согнуть средние фаланги пальцев, большой палец отвести; разогнуть фаланги, большой палец привести.

45. Сгибание пальцев, при этом пальцы стремятся разогнуть.

46. Сгибание и разгибание пальцев рук, согнутых в локтевых суставах.

47. Большой палец одной кисти установить вертикально, зацепиться за него указательным пальцем другой кисти и сгибать, преодолевая сопротивление.

48. Большой и указательный пальцы опираются о поверхность, надавить кистью, сделать «шпагат».

Контрольные вопросы:

1. Условия проведения упражнений для тренировки мелкой моторики и развития функции кисти;

2. Практическое проведение упражнений для тренировки мелкой моторики и развития функции кисти.

Практическое занятие 2.
Краткий обзор эрготерапевтических методик,
применяемых в работе со взрослыми и детьми,
имеющими ограниченные возможности

Основные понятия: базальная стимуляция, сенсорная интеграция, Бобат-концепция.

Задачи:

1. Рассмотреть эрготерапевтические методики, применяемые в работе со взрослыми и детьми, имеющими ограниченные возможности;
2. Изучить особенности эрготерапевтических методик применяемых в работе со взрослыми и детьми, имеющими ограниченные возможности.

Метод базальной стимуляции по А. Фрёлиху

Базальная стимуляция предназначена для детей, у которых самостоятельная сенсомоторная деятельность крайне ограничена и их опыт в области собственного движения и взаимодействия с окружающим миром полностью зависит от помощи других людей.

В основе метода базальной стимуляции лежит представление о пластичности центральной нервной системы, благодаря которой становится возможным выстроить систему сенсомоторных действий, направленных на активное восприятие окружающего. По мнению А. Фрёлиха, данная система может обеспечивать уровень восприятия, который мы наблюдаем у здорового ребенка в конце четвертого месяца жизни.

Базальная стимуляция – это попытка обучать на самом элементарном уровне, ее основная цель – обеспечить ребенку:

- ощущение собственного тела;
- отделение своего тела от окружающих объектов;
- использование имеющихся двигательных возможностей;
- развитие собственной активности (реакции на окружающий мир);

- установление контакта со взрослым, выполняющим стимуляцию;
- подготовка ребенка к выполнению простых движений и действий.

В процессе базальной стимуляции происходит моделирование элементарных импульсов и связей, которые составляют основу ощущений и восприятия ребенка.

В процессе базального воздействия стимулируются следующие области восприятия: соматическая, вестибулярная, вибрационная, оральная.

Соматическая базальная стимуляция – развитие телесной чувствительности посредством прикосновений.

Прикосновения выполняются каждый раз в одной и той же последовательности и направлении, чтобы они не были неожиданными и давали возможность ребёнку ориентироваться в ситуации. Рекомендуется следующая последовательность соматической стимуляции: а) туловище, б) конечности (руки, ноги), в) лицо. Прикосновения начинаются на туловище (от плечевого пояса к поясничному отделу) и переходят на конечности. Стимуляция рук осуществляется в направлении снизу вверх (от кисти к плечу). Прикосновения к ногам выполняются в направлении сверху вниз (от бедра к стопе). Прикосновения к поверхности лица происходят исходя из принципа движения изнутри наружу. Прикосновения должны сначала осуществляться в удалении от области рта и лишь постепенно приближаться к губам и ротовой полости.

Вестибулярная базальная стимуляция – развитие равновесия тела, как в состоянии покоя, так и при движении в трех основных направлениях:

- а) движения тела в горизонтальной плоскости (вправо и влево);
- б) движения в вертикальной плоскости (вверх и вниз);
- с) поступательно-возвратные движения.

Восприятие положения тела в пространстве и сохранение равновесия формируется при выполнении следующих упражнений:

- медленные повороты и наклоны головы;
- покачивание в позе эмбриона;
- повороты туловища на бок;
- повороты со спины на живот;
- повороты туловища в стороны;
- встряхивание рук и ног;
- приведение тела в вертикальное положение;
- покачивание на коленях, гимнастическом мяче, качелях, в гамаке.

Наиболее пригодными вспомогательными средствами вестибулярной стимуляции являются: надувные предметы (мячи, бревна, круги, шины), качели, подвесная лежанка-платформа, батут, пружинные матрасы, подушки.

Вибрационная базальная стимуляция – развитие чувствительности к колебаниям воздуха, вызываемым движущимся или звучащим объектом. Этот вид чувствительности можно назвать «контактным слухом».

Вибрационная стимуляция выполняется на твёрдой поверхности в положении ребёнка лёжа на спине. Рекомендуется использовать механические вибрации с частотой колебаний от 10 до 200 Гц. Дозировка вибрационных воздействий должна быть индивидуальной. При проведении процедуры следует контролировать по ощущениям ребёнка интенсивность воздействий. Длительное применение одинаковой частоты вибраций может вызвать привыкание, удлинение процедуры по времени – утомление, поэтому показано изменение частоты воздействий. Продолжительность процедуры может составлять от 5 до 15 мин. Постепенное увеличение продолжительности процедуры позволяет организму адаптироваться к вибрационным воздействиям. Если стимулируется несколько областей, то суммарное воздействие на все зоны не должно превышать 12–15 мин, так как длительные по времени вибрации угнетают функции нервной системы.

Концепция сенсорной интеграции по Д. Айрес

Сенсорная интеграция, этапы ее становления.

Сенсорная интеграция – характеристика психического развития, отражающая взаимосвязь и взаимовлияние органов чувств. Она формируется в определённой последовательности, при этом каждый уровень сенсорной интеграции базируется на предыдущем.

Сначала нужно почувствовать и узнать собственное тело, т. е. достичь определенного уровня самовосприятия. Затем, наряду с ощущением собственного тела, необходимо приобрести ощущение окружающего мира. Самовосприятие и восприятие внешнего мира составляют основу сенсорной интеграции.

Сенсорная интеграция применяется при появлении симптомов нарушения сенсомоторного развития. У детей с тяжелыми и (или) множественными нарушениями чаще всего имеют место следующие симптомы:

- отсутствие или недостаточность зрительного контакта;
- отсутствие или неадекватность реакции на звуки;
- отсутствие поворотов головы в соответствующую сторону при возникновении звука;
- трудности при питье и глотании;
- отсутствие или недостаточность контроля в системе «голова-туловище»;
- неправильное положение головы.

Успешность использования метода сенсорной интеграции обеспечивается выполнением целого ряда требований, среди которых особо необходимо отметить такие как:

- создание для ребенка атмосферы доверия и уверенности в себе;
- наличие оптимистической установки по отношению к нему типа «ребенок может»;
- опора на самую ярко выраженную способность ребенка;

- диагностика и выявление у ребенка трех наиболее актуальных проблем;
- взаимодействие с ним в соответствии с поставленными целями (не более трех);
- тесное взаимодействие не только с ребенком, но и его родителями, воспитателями и другими близкими людьми;
- перенос терапевтических приемов в повседневную жизнь ребенка и их активная реализация с помощью его родных и близких.

Основой диагностики дисфункции сенсорной интеграции является наблюдение за поведением ребёнка, которое осуществляется либо непосредственно, либо опосредованно с помощью опроса его ближайшего окружения. В таблице 1 представлена базовая информация о возможных формах проблемного поведения, свидетельствующих об особенностях развития сенсорной интеграции: её гипер- или гиподисфункции.

Таблица 1 – Диагностика дисфункции сенсорной интеграции

Сенсорные системы	Проблемы поведения	
	Высокая чувствительность к сенсорным стимулам	Низкая чувствительность к сенсорным стимулам
1	2	3
Зрительная сенсорная система отражает следующие физические характеристики окружающего мира: освещённость, цвет, форма, величина, объёмность, удалённость, движение объектов, протяжённость и глубина пространства, воздушная и линейная перспектива	Избегание зрительного контакта, боязнь яркого света, большого количества людей, неприятие ярких игрушек, человеческого лица, неподвижный взгляд в одну точку или взгляд сквозь объект, стремление к темноте, недостаток интереса к картинкам, книгам, телевидению	Вращение пальцами, предметами перед глазами, рассматривание предметов вблизи от глаз, надавливание на глазные яблоки, зачарованность цветом или рисунком

Продолжение табл. 1

1	2	3
Слуховая сенсорная система позволяет дифференцировать звуки по высоте, громкости, тембру, определять направление источника звука и расстояние до него, продолжительность звучания	Непереносимость бытовых шумов, отсутствие реакции на собственное имя, на производимые звуки, стремление закрывать уши, предпочтение тихих звуков, отрицательная реакция на музыку	Визг, жужжание, скрежет зубами, крик, хлопки в ладоши, постукивание карандашом, кончиками пальцев, шелест страницами книг, разрывание бумаги, увлечённость слушанием музыки, эхолалии
Тактильная сенсорная система обеспечивает восприятие давления, прикосновения, вибрации, температуры, боли	Непереносимость прикосновений, нежелание обнажать кожу, прикасаться к незнакомым вещам и текстурам, вымазывать руки, отказ от ношения одежды из определенной ткани, беспокойство от ярлычков на воротнике, изнаночных швов, уклонение от купания и умывания, болезненные ощущения от малейших царапин	Слабая реакция на боль и холод, нанесение себе повреждений (царапанье, щипание, укусы собственного тела, повторяющиеся удары по голове), стремление трогать всё и всех, прикосновения к себе (дёргание и теребление волос, шелканье пальцами, потирание ладоней), привязанность к необычным по текстуре вещам, удовольствие от разрывания бумаги, расщепления ткани, пересыпания круп
Проприоцептивная сенсорная система обеспечивает мышечно-суставное чувство, с помощью которого контролируется положение тела в пространстве и взаиморасположение его частей, осуществляется управление собственными движениями	Малая интенсивность, скованность и неуверенность движений, трудности при удержании позы, избегание самых обычных физических действий, недостаточное приложение силы	Гиперактивность и порывистость движений, избирательное напряжение отдельных мышц и суставов, застытие в определённой позе, надавливание на части тела, удары головой, чрезмерное приложение силы

Окончание табл. 1

1	2	3
Вестибулярная сенсорная система обеспечивает восприятие информации о положении и перемещениях тела в пространстве, позволяет сохранять динамическое равновесие тела, как в состоянии покоя, так и при движении в трех основных плоскостях	Боязнь высоты, непереносимость изменения положения тела в пространстве, скованность и осторожность в движениях, избегание лишних движений, вращательных движений	Вращение, раскачивание, ёрзание, взмахи руками, прыжки, ходьба «по кругу» или от стены к стене, карабканье по мебели, перепрыгивание со стула на стул, балансировка
Вкусовая сенсорная система несёт информацию о характере и о концентрации веществ, поступающих в ротовую полость	Судорожное зажимание рта, приверженность определённым продуктам и неприятие других, отказ от приёма пищи хрустящей, липкой, мягкой текстуры, предпочтение пищи определенной температуры	Всеядность, привязанность к острой или пригорной пище, стремление есть несъедобное, неаккуратность при еде
Обонятельная сенсорная система предназначена для восприятия информации о веществах, соприкасающихся со слизистой оболочкой носовой полости	Боязнь запахов, головокружение и тошнота от запахов	Постоянное обнюхивание предметов и людей, привязанность к резким и неприятным запахам

***Концепция нейрофизиологического движения
по К. Бобату и Б. Бобат***

Бобат-концепция базируется на *двух фундаментальных принципах*: нейрофизиологическом и целостности.


Нейрофизиологический принцип устанавливает, что отклоняющиеся от нормы стереотипы положения тела и двигательные стереотипы тесно взаимосвязаны с отклоняющимся от нормы тонусом, также как и нормальные двигательные стереотипы связаны с нормальным тонусом. При этом нормальные движения, которые прививаются ребёнку во время

проведения корригирующих мероприятий, способствуют нормализации его тонуса.



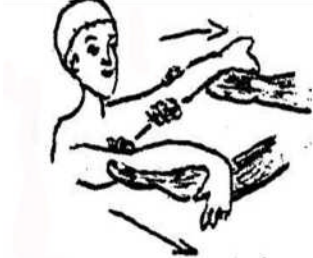


Движения больного церебральным параличом не исправляются, и он не обучается им заново, ему прививаются двигательные ощущения, максимально приближенные к движениям, выполняемым в реальной жизни, и таким образом пациент приобретает необходимый ему сенсомоторный опыт. Например, при помощи специальных терапевтических мероприятий, развивающих технику приёма пищи и питья, дыхания и голоса, можно передать больному положительный сенсомоторный опыт в этих сферах, создать тем самым предпосылки для развития более понятной речи и воспрепятствовать возникновению тяжёлых нарушений голоса и артикуляции.

Принцип целостности указывает на то, что пациент рассматривается как единое целое. При этом именно моторика имеет центральное значение для его целостного развития. Моторика обеспечивает общую координацию, когда положение тела и его движения образуют единое целое. Простые движения образуют двигательные комплексы, в управлении которыми участвуют высшие уровни моторного контроля. Воздействие же на общую моторику ведёт к улучшению контроля над отдельными движениями и положениями.


Таблица 2 – Общие рекомендации по организации взаимодействия с детьми

	<p>При запрокидывании головы нужно положить руки по обеим сторонам головы и потянуть ее вверх, удлиняя ребенку шею. Одновременно предплечья взрослого фиксируют плечи ребенка путем надавливания сверху вниз.</p>
---	---

Продолжение табл. 2

	<p>При отведении плеч и рук ребенка назад в положении сидя необходимо положить свое предплечье на его шею у основания черепа. При этом ваша рука контролирует плечи ребенка и, прижимая их книзу, позволяет добиваться наклона вперед.</p>
	<p>Чтобы разогнуть руки ребенка следует взять их за плечи с внешней стороны, чуть выше локтей и одним движением, поднимая вверх и притягивая ребенка к себе, повернуть их наружу. Это позволяет ребенку поднять голову, выпрямить спину и согнуть ноги в тазобедренных суставах.</p>
	<p>Чтобы выпрямить руки ребенка необходимо взяться за суставы и одним движением повернуть их наружу и потянуть на себя.</p>
	<p>Чтобы выпрямить запястье и раскрыть ладонь ребенка необходимо одним движением поднять его руку, выпрямляя и разворачивая ее в плече и локте. Когда рука поднята, а плечо и локоть выпрямлены и повернуты наружу, ребёнку легче выпрямить запястье и разогнуть пальцы.</p>
	<p>Когда ноги ребенка согнуты в бёдрах и разведены, легче одевать ему носки и ботинки.</p>

Окончание табл. 2

	<p>Чтобы раздвинуть ноги ребенка в положении лежа необходимо развернуть их наружу, удерживая бедра над коленными суставами.</p>
---	---

Контрольные вопросы:

1. Характеристика метода базальной стимуляции по А. Фрелиху;
2. Особенности концепции сенсорной интеграции по Д. Айрес;
3. Диагностика дисфункций сенсорной интеграции;
4. Сущность концепции нейрофизиологического движения по К. Бобату и Б. Бобат;
5. Общие рекомендации по организации взаимодействия с детьми.

Практическое занятие 3.

Трудотерапия и ее разновидности в работе с людьми с ограниченными возможностями

Основные понятия: трудотерапия, восстановительная трудотерапия, общеукрепляющая трудотерапия, производственная трудотерапия.

Задачи:

1. Рассмотреть клинико-физиологическое обоснование применения трудотерапии для людей с ограниченными возможностями;
2. Изучить формы и содержание трудотерапии и подбор видов труда в зависимости от нарушений.

Трудотерапия – активный метод восстановления либо компенсации утраченных функций при помощи работы, направленной на создание полезного продукта.

Клинико-физиологическое обоснование применения трудотерапии

Влияние труда на человека проявляется многообразными путями. Понимание механизмов действия трудотерапии основывается на представлении об основных закономерностях высшей нервной деятельности, о динамическом стереотипе, сигнальных системах. Всякий трудовой процесс характеризуется рядом общих психофизиологических признаков. Труд включает в активную деятельность большинство систем организма, находящихся между собой в определенных иерархических взаимоотношениях.

Начальным звеном трудового процесса является нервно-рефлекторный процесс восприятия различных раздражителей, обладающих различной информационной значимостью. На основе анализа этого информационного потока формируется программа действий, реализация которой постоянно коррелируется механизмами обратной связи. Позитивный результат действия закрепляет определенную структуру операций. В конечном итоге формируется рабочий динамический стереотип.

Его формирование связано с определенными психофизиологическими процессами, условно объединяемыми в ряд стадий. На стадии генерализации в действие включается максимально возможное количество систем и исполнительных органов, что проявляется включением в работу большого числа мышц, хаотичностью или скованностью движений, трудностью переключения двигательных актов. Затем наступает стадия минимизации функций, означающая оптимально необходимое участие функциональных систем в трудовом акте и минимальную «энергетическую» цену его выполнения. Трудовой процесс таким образом оказывает тренирующее воздействие на различные системы организма человека.

Трудовая деятельность способствует восстановлению, формированию и развитию психических функций. Активная работа мышц, рефлекторно воздействуя на вегетативную нервную систему, вызывает изменения в деятельности внутренних органов. При этом улучшается обмен веществ, нормализуются дыхание, сон, аппетит, повышается иммунологическая устойчивость организма.

Трудовая терапия, осуществляемая в соответствии с хронологическими параметрами периодических ритмов человека, способствует восстановлению периодики функций организма. Велико влияние труда на эмоции, тесно связанные с гормональной деятельностью, а также на ретикулярную формацию ствола мозга. Трудовая активность нормализует эмоциональный тонус больных, включая механизм индукционных корково-подкорковых отношений.

Трудовая терапия оказывает положительное влияние на формирование круга ценностных ориентаций и потребностей больных, тем самым способствуя нормализации их взаимоотношений с окружающим миром. В процессе трудотерапии больной, овладевая теми или иными приёмами профессиональной деятельности, использует наиболее развитые качества, а недостаток одних компенсирует другими. Кроме того, трудотерапия как метод коллективного взаимодействия

способствует становлению ролевых функций больного и формированию адекватных психосоциальных механизмов.

Формы и содержание трудотерапии

Большинство исследователей, занимающихся вопросами трудовой терапии, различают три основные формы терапии трудом:

1. Восстановительную (функциональную) трудотерапию, направленную на восстановление нарушенных функций организма больного.

2. Общеукрепляющую трудовую терапию, направленную на восстановление физиологической толерантности пациента до определенного уровня.

3. Производственную трудовую терапию, направленную на восстановление нарушенного или формирование нового динамического рабочего стереотипа.

В данном случае более корректно говорить не о производственной, а о профессионально значимой трудотерапии, поскольку речь идет о профессионально важных навыках и умениях, а не о воспроизведении организационных или санитарно-гигиенических условий производства. Подтверждением такой трактовки понятия является и использование трудотерапии в качестве профориентационного теста.

Виды трудотерапии:

- работа по дереву,
- работа с бумагой и картоном,
- работа с глиной,
- ткачество,
- моделирование,
- художественное оформление,
- работа с текстилем,
- плетение.

Бумага и картон

Физическое развитие:

- развитие тонкой моторики (хватательная функция пальцев, кисти руки),
- развитие общей моторики.

Умственное развитие:

- формирование понятий величины, формы, цвета, количества,
- точность, концентрация, внимание,
- тренировка пространственного мышления,
- тренировка памяти.

Социально-эмоциональное развитие:

- сосредоточенность на деятельности,
- переживание успеха творчества,
- повышение самооценки,
- работоспособность,
- умение налаживать контакты в группе.

Противопоказания:

Противопоказаний – нет (осторожное обращение с ножницами).

Моделирование (глина, пластилин, тесто)

Физическое развитие:

- тонкая моторика (подвижность, ловкость, чувствительность),
- развитие общей моторики пальцев (укрепление силы рук, увеличение размаха движения),
- расслабление контрактур,
- профилактика контрактур.

Умственное развитие:

- формирование познавательной способности, чувство восприятия,
- развитие конструктивных способностей,
- развитие абстрактного мышления,
- концентрация внимания.

Социально-эмоциональное развитие:

- преодоление страха,
- возможность самовыражение,

- развитие фантазии и творческих способностей,
- способность планировать и принимать решения,
- способность сотрудничать с другими,
- переживание радости, накопление опыта.

Противопоказания:

- открытые раны,
- аллергические реакции,
- ревматизм,
- применять с 3-х лет,
- спастичность (воздействие на ладонь увеличивает спастичность).

Работа по дереву

Физическое развитие:

- развитие грубой моторики (подвижность плеча, локтей, кисти; увеличение размаха движений),
- тренировка силы, выносливости,
- улучшение кровообращения,
- развитие чувствительности.

Умственное развитие:

- повышает внимание и концентрацию,
- развитие абстрактных пространственных представлений,
- формирование понятия форм, размеров,
- развитие способности планирования и распределения времени.

Социально-эмоциональное развитие:

- улучшает самооценку,
- правильное распределение энергии,
- стимулирует интерес, мотивацию.

Противопоказания:

- открытые раны, незажившие раны,
- ревматизм,
- аллергия на древесную пыль,
- неконтролируемые движения.

Художественное творчество

Физическое развитие:

- развитие тонкой моторики,
- развитие общей моторики,
- развитие чувствительности пальцев.

Умственное развитие:

- понятие цвета, формы, пространства,
- концентрация внимания.

Социально-эмоциональное развитие:

- преодоление неуверенности в себе и увеличение чувства собственного достоинства,
- преодоление чувства страха,
- улучшение коммуникации (невербальное общение),
- развитие творческих способностей,
- восприятие себя как личности.

Плетение

Физическое развитие:

- укрепляет мышцы рук, спины,
- подвижность пальцев,
- развивает координацию движений, ловкость, сноровку,
- профилактика контрактур.

Умственное развитие:

- развивает концентрацию внимания,
- улучшает способность восприятия,
- улучшает память, способность планирования.

Социально-эмоциональное развитие:

- создание возможности самовыражения,
- улучшение чувствительности тела,
- повышение выносливости организма,
- расширение социальных контактов,
- повышение эмоциональности,
- нахождение новых увлечений, хобби.

Художественное оформление

Техники рисование

- карандашом и тушью,

- пастельными и масляными мелками,
- акриловыми красками,
- используя прялку,
- пластилином,
- раздуванием,
- по мокрой бумаге.

Контрольные вопросы:

1. Определение понятия «трудотерапия»;
2. Клинико-физиологическое обоснование применения трудотерапии;
3. Формы и содержание трудотерапии;
4. Виды трудотерапии.

Тестовый контроль

1. В основе метода лежит представление о пластичности центральной нервной системы, благодаря которой становится возможным выстроить систему сенсомоторных действий, направленных на активное восприятие окружающего:

- а) метод базальной стимуляции;
- б) Бобат-концепция;
- с) концепция сенсорной интеграции.

2. Основу сенсорной интеграции составляют:

- а) восприятие окружающего мира;
- б) восприятие ближайшего окружения и окружающего мира;
- с) самовосприятие и восприятие окружающего мира.

3. Малая интенсивность, скованность и неуверенность движений, трудности при удержании позы, избегание самых обычных физических действий это симптомы нарушения какой сенсорной системы:

- а) тактильной;
- б) проприоцептивной;
- с) вестибулярной.

4. Какие основные принципы лежат в основе Бобат-концепции:

- а) нейрофизиологическом и доступности;
- б) нейрофизиологическом и систематичности;
- с) нейрофизиологическом и целостности.

5. При запрокидывании головы ребенка необходимо:

- а) положить руки по обеим сторонам головы и потянуть ее вверх, удлиняя ребенку шею. Одновременно предплечья взрослого фиксируют плечи ребенка путем надавливания сверху вниз;

б) положить свое предплечье на его шею у основания черепа;

с) положить руки по обеим сторонам головы и потянуть ее вниз. Одновременно предплечья взрослого фиксируют плечи ребенка путем надавливания сверху вниз.

6. Трудотерапия – активный метод восстановления либо компенсации утраченных функций при помощи:

- а) деятельности;
- б) работы;
- с) физических упражнений;
- д) творчества.

7. Формы трудотерапии:

- а) восстановительная, оздоровительная, общеукрепляющая;
- б) производственная, общеукрепляющая, восстановительная;
- с) развивающая, производственная, общеукрепляющая.

8. Форма трудотерапии, направленная на восстановление физиологической толерантности пациента до определенного уровня:

- а) общеукрепляющая;
- б) восстановительная;
- с) производственная.

9. На формирование каких способностей влияет моделирование (глина, тесто, пластилин):

- а) способность планировать и принимать решения, способность сотрудничать с другими;
- б) повышает самооценку;
- с) развивает координацию движений, ловкость, сноровку;
- д) тренировка силы.

10. Какой вид работы способствует формированию понятий величины, формы, цвета, количества, тренировке памяти и пространственного мышления:

- a) работа по дереву;
- b) работа с бумагой и картоном;
- c) плетение;
- d) моделирование.

11. Соматическая базальная стимуляция – это:

- a) развитие телесной чувствительности посредством прикосаний;
- b) развитие равновесия тела;
- c) развитие чувствительности к колебаниям воздуха, вызываемым движущимся или звучащим объектом.

12. Продолжительность процедуры вибрационной базальной стимуляции составляет:

- a) 5 минут;
- b) 5 – 15 минут;
- c) более 20 минут.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Fröhlich, A. Basale Stimulation / A. Fröhlich. – Düsseldorf, 1991 – Vol. 17, № 1. – P. 3–48;
2. Sevening, H. Zur Frage der Förderbarkeit von Kindern mit schwersten cerebralen Bewegungsstörungen und Anasthrie: unveröffentlichter Projektbericht / H. Sevening. – Köln, 1991. – Vol. 227, № 2/3. – P. 303–329.
3. Варенова, Т.В. Коррекционно-реабилитационные возможности эрготерапии // Дэфекталогія. / Т.В Варенова. – Минск: БГПУ, 2001. № 3. – С. 3–19;
4. Розум, Л.Г. Социально-бытовая адаптация ребёнка с особенностями в развитии / Л.Г Розум. – Минск: Народная асвета, 2000. – 68 с;
5. Якимец, И.В. Организация эрготерапевтического процесса (на примере клиники SRH Karlsbad-Langensteinbach, Германия) // Современные проблемы физической реабилитации и эрготерапии: Матер. VIII Междунар. науч. сессии «Научное обоснование физического воспитания, спортивной тренировки и подготовки кадров по физической культуре и спорту» / И.В. Якимец; под ред. Т.Д. Поляковой, М.Д. Панкова. – Минск: БГУФК, 2005. – С. 28–32;

Учебное издание

Екатерина Евгеньевна Лебедь-Великанова

**Методические рекомендации по проведению
практических занятий по дисциплине
«Эрготерапевтические средства»**

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск *П.Б. Пигаль*

Корректор *Ю.В. Цвикевич*

Подписано в печать 06.03.2014г. Формат 60х84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс». Ризография.
Усл. печ. л. 1,80. Уч.-изд. л. 0,96.
Тираж 42 экз. Заказ №. 475

Отпечатано в редакционно-издательском отделе
Полесского государственного университета
225710, г. Пинск, ул. Днепровской флотилии, 23.